



ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΚΔΟΣΗΣ

Αξιότιμοι συνάδελφοι και αγαπητοί φίλοι,

Σας καλωσορίζω στο Καλοκαιρινό τεύχος του NEWSLETTER μας που μας βρίσκει και πάλι στην αρχή ενός πολύ θερμού καλοκαιριού και με ανησυχίες για την παγκόσμια πολιτική σκηνή και την ασφάλεια. Ας ελπίσουμε ότι οι εξελίξεις θα είναι προς το καλύτερο και ότι θα επικρατήσει η ειρηνευτική τάση.

Το παρελθόν διάστημα είχαμε έντονη δραστηριότητα στο χώρο μας. Τα «βήματα καρδιάς-ανάσες ζωής» οργανώθηκαν για μια ακόμη φορά με επιτυχία την 6^η Απριλίου στο αμφιθέατρο της Εθνικής Πινακοθήκης. Ο χώρος ήταν εντυπωσιακός και η συμμετοχή μεγάλη. Δόθηκε έμφαση στην πρόληψη των νοσημάτων καρδιάς και θώρακος και οι ομιλίες ήσαν αρκετά επιστημονικές με επικοινωνιακό προσανατολισμό και με πολύ εύστοχο αποτέλεσμα. Ετέθησαν προς συζήτηση και πολύ σοβαρές προτάσεις όπως για παράδειγμα η χαμηλής ακτινοβολίας προληπτική αξονική τομογραφία για την έγκαιρη διάγνωση πρωτοεμφανιζόμενης κακοήθειας πνεύμονος σε βαρείς καπνιστές. Οι εκπρόσωποι των φορέων που παρευρίσκονταν πήραν ένα καλό μήνυμα.

Στην επιτυχή διοργάνωση της ημερίδας συνέβαλε ιδιαίτερα η κα Ανδρουτσοπούλου που με την ευκαιρία διοργάνωσε και το πρώτο Webinar Χειρουργικής της αορτής με εισηγήσεις από τον κ. Ηλιόπουλο και την παρουσίαση των νέων κατευθυντήριων οδηγιών της αορτής από τον κ. Σχίζα.

Στη συνέχεια στις 26-28/4/2024 στη Λίμνη Πλαστήρα έλαβε μέρος το «Συμπόσιο των Ομάδων Εργασίας» της Εταιρίας μας που κατά γενική ομολογία ήταν άψογα διοργανωμένο με μεγάλη συμμετοχή πλούσιο πρόγραμμα και πέτυχε τον στόχο του να συναντήσει τις όμορες ειδικότητες. Η εταιρία μας για ακόμα μια φορά και από αυτό το βήμα ευχαριστεί και συγχαίρει τον κ. Κωτούλα για την οργάνωση και την πολύ δουλειά που χρειάστηκε να κάνει. Επίσης το κοινωνικό πρόγραμμα ήταν άρτια και εύστοχα μελετημένο με πολλούς τοπικούς παράγοντες από τον Δήμο, την Περιφέρεια και τον υφυπουργό Υγείας. Συγχαρητήρια και πάλι κ. Κωτούλα που αντιμετωπίζετε την πολιτική σκηνή του τόπου μας σαν όμορη ειδικότητα! Στη συνέλευση που κάθε φορά γίνεται στο συμπόσιο των ομάδων αποφασίστηκε η δημιουργία «ομάδας εργασίας τεχνικών εξωσωματικής κυκλοφορίας» και ετέθησαν υπό συζήτηση και άλλα θέματα όπως η δημιουργία ομάδας εργασίας νοσηλευτικής ή ομάδα εργασίας καρδιο-αναισθησιολογίας καθώς και το ενδεχόμενο το συμπόσιο των ομάδων να διοργανώνεται κάθε 2 χρόνια λόγω δυσκολίας και αναδιαμόρφωσης της στελέχωσης των περιφερικών πανεπιστημίων. Ο πρόεδρος της εταιρίας μας κ. Ηλιάδης έκανε την εύστοχη παρατήρηση ότι οι ομάδες θα πρέπει να δουλεύουν σε συνεχή βάση, να επεξεργάζονται θέματα της ειδικότητας με προοπτική να γίνονται προτάσεις στο ΚΕΣΥ και να οργανώνουν επιστημονικές συναντήσεις διαρκώς και όχι μόνον στην οργάνωση

του Συμποσίου. Επίσης προσθέτω ότι θα πρέπει να αξιολογούνται με βάση τη δραστηριότητα που ανέπτυξαν κατά τη διάρκεια της θητείας τους.

Τον Μάιο έλαβε χώρα στη Θεσσαλονίκη το MiECTiS Anniversary Meeting (10-11 Μαΐου) στο ΚΕΔΕΑ του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου. Ήταν ένα ακόμη πολύ επιτυχημένο Meeting με μεγάλη διεθνή συμμετοχή από όλα τα μέρη του κόσμου. Το αντικείμενο της ελάχιστα επεμβατικής εξωσωματικής έχει βρεί εφαρμογές σε όλο το φάσμα της καρδιοχειρουργικής και έχει αποκτήσει δυναμικούς υποστηρικτές σε όλο τον κόσμο με αυξητική τάση. Η οργανωτική ικανότητα των καθηγητών κκ. Αναστασιάδη και Αντωνίτη λειτουργεί προωθητικά στο θεωρητικό επίπεδο αλλά και στο θέμα της τεκμηρίωσης.

Ο Μάιος συνεχίστηκε δυναμικά ως προς τις επιστημονικές δραστηριότητες. Την Τρίτη 28/05/ 2024 διενεργήθηκε το «Συμπόσιο των 7 Σοφών Καρδιοχειρουργών της Χρυσής Δεκαετίας του '90» που διοργανώθηκε από τον κ. Σωτήρη Πράπα στην Παλαιά Βουλή των Ελλήνων. Η ημερίδα αυτή συνδύαστηκε με τις επιστημονικές δραστηριότητες του Νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν. Η διοργάνωση της ημερίδας ήταν εξαιρετική και δόθηκε η ευκαιρία σε όλους μας αλλά κυρίως στους νέους γιατρούς να έρθουν σε επαφή και να εμπνευστούν από διάσημους και πρωτοπόρους καρδιοχειρουργούς όπως οι F. Benetti, A.M. Calafiore, V. Subramanian, H. Suma, T. Salerno, N. Trehan και G. Angelini. Παράλληλα να ακούσουν και να δουν από κοντά τους J. Puskas, D. Taggard, M. G. Torregrossa και να παρακολουθήσουν άλλους ομιλητές διαδικτυακά. Ο κ. Πράπας οργάνωσε μαεστρικά την εκδήλωση και έγραψε στην ιστορία μας μια ακόμη σελίδα με όμορφες συζητήσεις γύρω από το παρελθόν και το μέλλον της ειδικότητά μας. Σωτήρη αγαπητέ φίλε έχεις πολλά να προσφέρεις ακόμα.

Ο καθηγητής κ. Δημήτρης Αγγουράς σε ειδική τιμητική εκδήλωση του ΕΚΠΑ τίμησε βραβεύοντάς τον, τον καθηγητή John Puskas στην αίθουσα τελετών του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Στη συνέχεια ακολούθησε στην Αθήνα μεταξύ 29 Μαΐου-1 Ιουνίου η διοργάνωση του ετήσιου ISMICS 2024 με διεθνή συμμετοχή. Το συνέδριο αυτό διοργανώνεται για πρώτη φορά στη χώρα μας και είχε μεγάλη επιτυχία τόσο σε συμμετοχή όσο και στη διοργάνωση. Για να πετύχει τόσο πολύ χρειάστηκε να εργαστεί συστηματικά και εντατικά ο συνάδελφος κ. Αντώνης Πίτσης. Ο οποίος συμμετείχε σε χειρουργεία του στη Θεσσαλονίκη που μεταδίδονταν ζωντανά στο συνέδριο, συμμετείχε στις στρογγυλές τράπεζες, οργάνωσε το Gala Dinner και γενικά ήταν η καρδιά ενός συνεδρίου του οποίου η συντριπτική πλειοψηφία είχε ξένους συμμετέχοντες. Υποσημείωσα τη μεγάλη συμμετοχή συνέδρων από την Ασία. Φάνηκε ότι υπάρχουν οι δυνατότητες και το διεθνές

ενδιαφέρον για την διοργάνωση και άλλου τέτοιου συνεδρίου στο μέλλον.

Αλλά συνέδριο ελάχιστα επεμβατικής και διακαθετηριακής καρδιοχειρουργικής διοργανώθηκε και στην Ανκόνα από τον κ. D’Eusanio την 13-14 Ιουνίου και θα τολμήσω να προσθέσω και το όνομα του κ. Πίτση που έθεσε σε διαθεσιμότητα το πλούσιο υλικό του και την εμπειρία του. Στο συνέδριο αυτό αναδείχθηκε η μασχαλιαία προσπέλαση σαν την προσφορότερη προσπέλαση για αρχάριους στην ελάχιστα επεμβατική καρδιοχειρουργική αλλά παρουσιάστηκαν και όλες οι άλλες τεχνικές.

Διοργανώνονται στην Αθήνα και στο Υγεία αλλά και από το Ωνάσειο συνέδρια με στόχο την εξοικείωση γιατρών στις διακαθετηριακές τεχνικές. Κατά τη διάρκεια των συνεδρίων αυτών γίνονται και wet-labs που μπορούμε να εκμεταλλευτούμε για την βελτίωση των γνώσεών μας στις διακαθετηριακές τεχνικές.

Στις επιτροπές του ΚΕΣΥ που προεδρεύουν οι κκ Αναστασιάδης και Περρέας γίνονται παρεμβάσεις και συνεχείς προσπάθειες για την κατοχύρωση και στην ειδικότητά μας της δυνατότητας να επεμβαίνουμε και εμείς με διακαθετηριακό τρόπο στις δομικές παθήσεις της καρδιάς όπως γίνεται και σε όλο τον κόσμο. Πρέπει όμως για να επιτευχθεί ο στόχος περισσότεροι γιατροί μας να παρακολουθήσουν workshops, σεμινάρια, εκπαιδεύσεις κλπ ώστε να αποκτηθεί η εμπειρία που χρειάζεται για μια τέτοια πιστοποίηση της οποίας ο δρόμος δεν έχει ανοίξει ακόμα. Προς αυτή την κατεύθυνση βρίσκεται η ημερίδα που είχε διοργανώσει ο κ. Αργυρίου στον Ευαγγελισμό και γίνεται προσπάθεια να επαναληφθεί.

Συνεχίζονται με αμείωτο ενδιαφέρον τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα της Ιατρικής του ΑΠΘ που με τόση επιτυχία οργανώνει εδώ και πολλά χρόνια ο καθηγητής κ. Κυριάκος Αναστασιάδης. Επίσης μεγάλη επιτυχία σημειώνουν τα webinars της Ακαδημίας της Εταιρίας μας που επιμελούνται ο καθηγητής κ. Φορούλης με τον πρόεδρο κ. Ηλιάδη.

Αμέσως μετά το καλοκαίρι έρχονται τα συνέδριο της EAB SOCIETY στο Ιάσιο της Ρουμανίας, το συνέδριο της EACTS στη Λισσαβόνα και της EKE στην Κρήτη.

Τέλος έρχεται και το μεγάλο διετές συνέδριο της Εταιρίας μας που θα διοργανωθεί στην Αθήνα στο ξενοδοχείο Caravel την 21-23 Νοεμβρίου. Οι εργασίες έχουν αρχίσει από καιρό και προσβλέπουμε σε ένα εντυπωσιακό συνέδριο με πλούσιο και δημιουργικό πρόγραμμα από το οποίο κανένας μας δεν πρέπει να λείψει.

Αγαπητοί συνάδελφοι, υπηρετούμε μια σπουδαία και πολύ απαιτητική ειδικότητα που προσφέρει ζωή και χαρά σε εμάς και τους ασθενείς μας και κάποτε-κάποτε και απογοητεύσεις, αγωνίες και λύπες. Είμαστε όμως σχετικά λίγοι αριθμητικά και οι προκλήσεις είναι πολλές και σε πολλά επίπεδα. Γι αυτό το λόγο πρέπει να έχουμε στο νου μας ότι είμαστε όλοι πολύτιμοι. Δεν περισσεύει κανένας και όλοι έχουμε κάποιο ρόλο που πρέπει να υπηρετήσουμε σωστά.

Με αυτές τις σκέψεις σας εύχομαι καλό καλοκαίρι, καλή σωματική και διανοητική ξεκούραση για να επανέλθουμε δυναμικά σε ένα πολύ ενδιαφέρον υπόλοιπο του έτους.

Π. Δεδεηλίας

ΤΑ ΝΕΑ ΤΗΣ ΕΕΧΘΚΑ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Πλησιάζει ο καιρός για το Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος- Καρδίας- Αγγείων που θα διεξαχθεί 21-23 Νοεμβρίου 2024 στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο Divani Caravel. Στο πρόγραμμα του συνεδρίου, που είναι υπό τελική διαμόρφωση, καλύπτονται ποικίλα ενδιαφέροντα θέματα της ειδικότητας, καθώς και η έρευνα που γίνεται στην Ελλάδα, video sessions και αντιπαραθέσεις. Στις συζητήσεις και στις διαλέξεις θα συμμετέχουν πολλοί διακεκριμένοι συνάδελφοι από το εξωτερικό καθώς και μέλη των Ελλήνων Καρδιοθωρακοχειρουργών της Διασποράς. Παράλληλα με το πρόγραμμα διοργανώνουμε και εκπαιδευτικές δραστηριότητες μέσα στο χώρο του συνεδρίου για την πληρέστερη ενημέρωση των μελών μας. Ανακοινώσεις αναφορικά με τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες και το πρόγραμμα θα λάβετε ξεχωριστά μέσω email.

Σας ευχόμαστε καλό καλοκαίρι και ευχόμαστε να σας δούμε όλους από κοντά στο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρείας μας.

Με εκτίμηση,
Κοσμάς Ηλιάδης
Πρόεδρος ΕΕΧΘΚΑ

15^ο

Ελληνικής Εταιρείας
Χειρουργών Θώρακος-
Καρδιάς - Αγγείων

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ





Divani
Caravel
Hotel
Αθήνα



21-23
Νοεμβρίου 2024

ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

era | congresses
and events

Ασκληπιοῦ 17, 10680, Αθήνα
Τ. 210.36.34.944
Ε. info@era.gr W. www.era.gr

Νέες κατευθυντήριες οδηγίες από EACTS / STS: Ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διαχείριση των παθήσεων του «αορτικού οργάνου».

Περίπου μια δεκαετία απο τις προηγούμενες ευρωπαϊκές και μια διετία από τις αμερικάνικες κατευθυντήριες οδηγίες, οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες ,που εκπονήθηκαν από την EACTS σε συνεργασία με την STS, αποτελούν έναν πλήρη οδηγό για τη διαχείριση του «αορτικού οργάνου». Σε σχεδόν 100 σελίδες παρουσιάζεται και αναλύεται η γνώση που έχει συγκεντρωθεί εδώ και δεκαετίας για τις αορτικές παθήσεις με τρόπο εύληπτό και ευκολά χρησιμοποιήσιμο στη κλινική πράξη. Στις επόμενες παραγράφους θα αναφερθούν κάποια σημαντικά σημεία των νεότερων κατευθυντήριων οδηγιών, αν και θα ήθελα να επισημάνω ότι η μελέτη του συνόλου του κειμένου παρέχει πολυδιάστατη και πολύτιμη γνώση για τους ιατρούς που ασχολούνται με το καρδιαγγειακό σύστημα.

Αρχικά, εισάγεται ο όρος « αορτικό όργανο» ο οποίος χρησιμοποιείται και στο τίτλο των οδηγιών. Η αορτή εκλαμβάνεται πλέον ως όργανο και ένα βασικό στοιχείο αυτής της προθήκης είναι ότι δεν πρέπει να προσεγγίζεται αποσπασματικά αλλά να γίνεται ως μια ενιαία οντότητα συνολικά. Σε αυτό το πλαίσιο, προτείνεται η χρήση μεθόδων ταξινόμησης, σταδιοποίησης αλλά και προγνωστικών εργαλείων. Πιο συγκεκριμένα, για την ταξινόμηση / καταγραφή των διαχωρισμών αορτής προτείνεται η χρήση των ζωνών Ishimaru, για την ταξινόμηση το σύστημα TEM (προσομοιάζει με το σύστημα σταδιοποίησης για κακοήθειες) και το GERAADA score για τον υπολογισμό της θνητότητας σε διαχωρισμούς. (Εικόνα 1) Όλα τα παραπάνω μπορούν να προσφέρουν στη χρήση μιας κοινής «γλώσσας» για την καταγραφή των παθήσεων της αορτής με δεδομένα που μπορούν να καταγραφούν συστηματικά και να αξιολογηθούν σε μελλοντικές μελέτες, αλλά και να βοηθήσουν στην λήψη αποφάσεων σε κλινικά διλήμματα.

Εικόνα 1: Ταξινόμηση και υπολογισμός κινδύνου στις κατευθυντήριες οδηγίες.

NOMENCLATURE AND RISK STRATIFICATION

Recommendation Table 2: Nomenclature and risk stratification

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
In patients with aortic dissection, Ishimaru zones are recommended for use as a report- ing standard of disease extent.	I	C	-
The use of the TEM ^d classification should be considered in any acute aortic syndrome to determine the type of disease and an initial treatment strategy.	IIa	C	-
The use of the GERAADA ^e score should be considered in patients with acute type A aortic dissection undergoing surgery to determine 30-day mortality.	IIa	C	-

Ένα ακόμα σημείο άξιο αναφοράς είναι η χρήση του όρου ομάδας αορτής (aortic team) για τη λήψη αποφάσεων και τη διαχείριση των αορτοπαθειών. Επίσης, τονίζεται ότι είναι απαραίτητη η ύπαρξη κέντρων αορτής στα οποία πρέπει να παραπέμπονται τα περίπλοκά περιστατικά και τα οποία οφείλουν να καλύπτουν όλη το φάσμα των θεραπευτικών επιλογών στις παθήσεις της αορτής (δηλαδή ανοικτές επεμβάσεις, ενδοαγγειακές, υβριδικές), αλλά και να διαθέτουν ιατρεία για την τακτική παρακολούθηση αυτών των ασθενών αυτών. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην ανάγκη για διενέργεια γονιδιακού ελέγχου στον ασθενή αλλά και στο συγγενικό του περιβάλλον, ένα πεδίο που στην Ελλάδα υπολειπόμαστε χαρακτηριστικά καθώς δεν έχει αναπτυχθεί η κουλτούρα της πρόληψης των αορτοπαθειών.

Όσον αφορά τους διαχωρισμούς αορτής παρουσιάζονται νέα δεδομένα με αρκετές αλλαγές σε σχέση με το παρελθόν. Για τους διαχωρισμούς τύπου A τονίζεται η διενέργεια της επέμβασης σε επείγουσα φάση ενώ αναφέρονται σημαντικές τεχνικές παράμετροι όπως η διενέργεια της περιφερικής αναστόμωσης με περιφερική κυκλοφορική παύση σε συνδυασμό με εγκεφαλοπροστασία χωρίς την τοποθέτηση λαβίδας αποκλεισμού αορτής και ο έλεγχος της κατιούσας θωρακικής αορτής για σημεία επικοινωνίας μεταξύ αληθούς και ψευδούς αυλού. Παράλληλα αυξάνονται οι ενδείξεις για τη χρήση της υβριδικής τεχνικής FET για οξείς διαχωρισμούς τύπου A, χρόνιους διαχωρισμούς και ανευρύσματα του αορτικού τόξου ή της κεντρικής μοίρας της κατιούσας θωρακικής αορτής. Δυο ενδείξεις παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Πιο συγκεκριμένα, ενδείκνυται η διενέργεια επείγουσας επέμβασης για την αντιμετώπιση διαχωρισμού τύπου A ακόμα και επί ύπαρξης νευρολογικής σημειολογίας ή βλάβης εκτός από την περίπτωση ύπαρξης αιμορραγικού εγκεφαλικού επεισοδίου. Επίσης όταν υπάρχει ισχαιμία οργάνου και διαχωρισμού τύπου A, πρώτα γίνεται η αποκατάσταση της αιμάτωσης του οργάνου και εν συνεχεία η κυρίως επέμβαση. (Εικόνα 2) Επί χρόνιων διαχωρισμών το όριο με βάσει τη μέγιστη διάμετρο είναι στα 55 χιλιοστά και 50 χιλιοστά όταν απαιτούνται διαδοχικές επεμβάσεις. Άξιο αναφοράς είναι ότι σε διαχωρισμούς σχετιζόμενους με προηγούμενο μόσχευμα αορτής η ένδειξη για παρέμβαση είναι απόλυτη. (Εικόνα 3)

Εικόνα 2: Κατευθυντήριες οδηγίες για διαχωρισμούς τύπου A.

Type A aortic dissection.

Recommendation Table 5: Acute aortic diseases: Type A aortic dissection

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
Initiation of emergency surgery is recommended in patients presenting with acute type A aortic dissection.	I	B	[211, 212]
A tear-oriented approach with exclusion or resection of the primary entry tear in the ascending aorta and arch is recommended.	I	B	[213, 214]
Inspection and coverage of communications between lumina in the proximal descending aorta may be considered in specialized centres for prognostic reasons.	IIb	C	-
Despite preoperative neurologic dysfunction or non-haemorrhagic stroke, open repair should be considered.	IIa	B	[215–217]
In case of clinical and imaging evidence of visceral malperfusion, revascularization may be considered prior to aortic repair.	IIb	C	-
Antegrade systemic perfusion via axillary or direct aortic cannulation should be considered.	IIa	B	[218, 219]
An open distal anastomosis during lower body hypothermic circulatory arrest is recommended.	I	B	[220, 221]

Εικόνα 3: Κατευθυντήριες οδηγίες για χρόνιους διαχωρισμούς.
Chronic aortic dissection

Recommendation Table 15: Chronic aortic diseases: chronic aortic dissection

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
Intervention is recommended in patients with chronic aortic dissection at a maximum aortic diameter of ≥55 mm without involvement of the ascending aorta.	I	B	[362, 363]
In patients with HTAD with chronic aortic dissection, intervention at diameters <55 mm should be considered if the multidisciplinary aortic team makes the decision depending on the genotype, growth rate, family history and other individual patient risk factors.	IIa	C	-
In patients with dSINE, treatment is recommended to prevent diameter progression.	I	C	-
Intervention at >50 mm should be considered in patients with chronic aortic dissection if the treatment includes a multistep procedure, such as arch replacement with FET followed by TEVAR.	IIa	C	-

Στα ανευρύσματα τα όρια για τη διενέργεια επέμβασης παρουσιάζουν μείωση τόσο για την ανιούσα αορτή όσο και για την αορτική ρίζα. Εισάγονται νέες παράμετροι για την απόφαση για διενέργεια παρέμβασης πέρα από την μέγιστη διάμετρο της αορτής, μεταξύ των οποίων το μήκος της αορτής αλλά και τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά του ασθενούς. (Εικόνα 4) Επιπλέον, τα ανευρύσματα ανάλογα με τη μορφή τους διακρίνονται σε τύπου ανιούσας (ascending phenotype) και τύπου ρίζας (root phenotype) με διαφορετικά όρια για τη διενέργεια επέμβασης όσον αφορά τη διάμετρο. (Εικόνα 5)

Εικόνα 4: Κατευθυντήριες οδηγίες για το μήκος της αορτής και τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά.

Maximum diameter and maximum length

Recommendation Table 13: Chronic aortic diseases: maximum diameter and maximum length

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
Surgery should be considered for a symptomatic aneurysm of the ascending aorta, almost independently of size (once non-aortic causes have been eliminated).	IIa	C	-
For individuals of small body size, height nomograms should be considered in the decision about indications for surgery at various aortic dimensions.	IIa	B	[340]
An ascending aortic length exceeding 110 mm should be considered as a risk factor for aortic events when indicating elective surgery for aortic aneurysms.	IIa	B	[196]
Despite metrics and precision criteria, the benefits and risks of surgical intervention versus nonoperative management should be considered on a case-by-case basis.	IIa	C	-
Other non-diameter criteria that also bear on the risk of aortic events may be considered in the decision-making.	IIb	C	-

Εικόνα 5: Κατευθυντήριες οδηγίες για ανευρύσματα ανιούσας αορτής και αορτικής ρίζας.

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
Surgery for an ascending aortic aneurysm located at the root or tubular tract, either with TAV or BAV, is recommended when the maximum aortic diameter is ≥55 mm.	I	B	[333, 334]
Surgery for BAV-related aortopathy with 'root phenotype' is recommended when the maximum aortic diameter is ≥50 mm.	I	B	[82, 84-87, 335]
Surgery for TAV-associated aneurysms with 'root phenotype' should be considered when the maximum aortic diameter is ≥50 mm in a low-surgical-risk setting. ^d	IIa	B	[87, 336-338]
In patients with low surgical risk ^e and 'ascending phenotype' dilatation, both with TAV and BAV, surgical treatment should be considered when the maximum aortic diameter is >52 mm.	IIa	C	.

Στις παραπάνω παραγράφους παρουσιάστηκαν κάποια σημεία από τις νέες ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες αλλά οι πληροφορίες που περιέχονται είναι αδύνατο έστω να αναφερθούν στα πλαίσια αυτού του άρθρου. Ως ένα γενικότερο σχόλιο, θεωρώ ότι αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι οι πιο πλήρεις που έχουν εκπονηθεί στη διαχείριση των αορτοπαθειών, ενώ παράλληλα είναι αρκετά σαφείς και μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ευκολία στην κλινική πράξη.

*Το συγκεκριμένο άρθρο βασίζεται και σχολιάζει τις νεότερες κατευθυντήριες των EACTS / STS με ηλεκτρονική διεύθυνση :

Czerny M, Grabenwöger M, Berger T, Aboyans V, Della Corte A, Chen EP, Desai ND, Dumfarth J, Elefteriades JA, Etz CD, Kim KM, Kreibich M, Lescan M, Di Marco L, Martens A, Mestres CA, Milojevic M, Nienaber CA, Piffaretti G, Preventza O, Quintana E, Rylski B, Schlett CL, Schoenhoff F, Trimarchi S, Tsagakis K; EACTS/STS Scientific Document Group; Siepe M, Estrera AL, Bavaria JE, Pacini D, Okita Y, Evangelista A, Harrington KB, Kachroo P, Hughes GC. EACTS/STS Guidelines for Diagnosing and Treating Acute and Chronic Syndromes of the Aortic Organ. Ann Thorac Surg. 2024 Jul;118(1):5-115. doi: 10.1016/j.athoracsur.2024.01.021. Epub 2024 Feb 26. PMID: 38416090.

Σχίζας Νικόλαος , MD, MsC
Καρδιοχειρουργός Δ’ Καρδιοχειρουργική κλινική «ΥΓΕΙΑ»
Υποψήφιος διδάκτωρ ΕΚΠΑ

Η τεχνική Frozen elephant trunk; αναζητώντας μια οριστικότερη θεραπεία του οξέος διαχωρισμού τύπου Α.

Νικόλαος Α. Παπακωνσταντίνου, MD, MSc, PhD
Χειρουργός Θώρακος – Καρδιάς, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Το παρακάτω άρθρο στηρίζεται σε πληροφορίες και δεδομένα από την ακόλουθη δημοσιευμένη μελέτη.

Review > Eur J Cardiothorac Surg. 2024 May 3;65(5):ezae176. doi: 10.1093/ejcts/ezae176.

The frozen elephant trunk: seeking a more definitive treatment for acute type A aortic dissection

Nikolaos A Papakonstantinou ^{1 2}, Daniel Martinez-Lopez ^{2 3}, Jennifer Chia-Ying Chung ²

Affiliations: — collapse

Affiliations

- ¹ 2nd Cardiac Surgery Department, Onassis Cardiac Surgery Center, Athens, Greece.
- ² Division of Cardiovascular Surgery, Peter Munk Cardiac Centre, Toronto General Hospital, University Health Network and University of Toronto, Toronto, ON, Canada.
- ³ Cardiac Surgery Department, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Spain.

PMID: 38676575 DOI: 10.1093/ejcts/ezae176

ΛΕΔΟΜΕΝΑ: Η κοινώς αποδεκτή συμβατική θεραπεία του οξέος διαχωρισμού τύπου Α περιλαμβάνει την αντικατάσταση της ανιούσης αορτής με μια ανοιχτή αναστόμωση στο ημιτόξο. Η τεχνική Frozen Elephant Trunk (FET) αποτελεί μια υβριδική τεχνική που επεκτείνει τη διόρθωση στο επίπεδο της κατιούσης θωρακικής αορτής. Ο στόχος είναι η καλύτερη αντιμετώπιση του συνδρόμου υποάρδευσης των σπλάχνων και η προαγωγή θετικής αναδιαμόρφωσης της αορτής με συνοδό μείωση της ανάγκης για επανεπέμβαση στην περιφερικότερη αορτή. Ο στόχος του συγκεκριμένου άρθρου ήταν η παράθεση της σύνοψης των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων αυτής της τεχνικής.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε μια ενδεδεχής αναζήτηση της βιβλιογραφίας, απομονώνοντας όλα τα άρθρα που πραγματεύονται την αναδιαμόρφωση μετά από FET σε περίπτωση οξέος διαχωρισμού τύπου Α. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν “aortic dissection”, “frozen elephant trunk”, “aortic remodeling” and “false lumen thrombosis”. Τα δεδομένα σχετικά με τύπου Β και χρόνιο διαχωρισμό της αορτής αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το FET επηρεάζει θετικά την αναδιαμόρφωση της αορτής. Το βασικότερο πλεονέκτημα της τεχνικής έγκειται στον αποκλεισμό των άπω “entry tears” είτε στο αορτικό τόξο είτε στην κατιούσα θωρακική αορτή, αποκαθιστώντας έτσι την ορθόδρομη ροή αίματος στον αληθή αυλό και επάγοντας τη θρόμβωση του ψευδούς αυλού. Μάλιστα, η θρόμβωση του ψευδούς αυλού δεν επάγεται μόνο στο επίπεδο της έκπτυξης του “stent” της συσκευής, αλλά και περιφερικότερα στην άπω κατιούσα θωρακική αορτή. Επιπλέον, το FET προσφέρει μια επαρκή “landing zone” στη μεσότητα της κατιούσης θωρακικής αορτής για μια δευτέρου σταδίου ενδαγγειακή ή ανοιχτή αποκατάσταση της περιφερικότερης αορτής, εφόσον χρειαστεί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το FET μπορεί να αποτελέσει μια πλεονεκτική θεραπεία του οξέος διαχωρισμού τύπου Α αντιμετωπίζοντας μια εκτεταμένη αορτική παθολογία.

Συνοπτικά, παρά μερικές δυνητικές παγίδες, υπάρχουν σημαντικά πλεονεκτήματα συνδεδόμενα με τη χρήση FET. Η τεχνική αυτή μπορεί να επιτύχει μια ανθεκτική στο χρόνο θεραπεία τουλάχιστον ως τη μεσότητα της κατιούσης θωρακικής αορτής σε περίπτωση οξέος διαχωρισμού τύπου Α. Η επαναδιαμόρφωση της αορτής είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της πρόγνωσης των ασθενών μετά από χρήση FET. Η χρήση FET επηρεάζει θετικά την αναδιαμόρφωση της αορτής, επάγοντας τη θρόμβωση του ψευδούς αυλού όχι μόνο στο επίπεδο της έκπτυξης του “stent”, αλλά και περιφερικότερα, στην άπω κατιούσα θωρακική αορτή. Ως αποτέλεσμα, το FET μπορεί να αποτελέσει οριστική θεραπεία του οξέος διαχωρισμού τύπου Α. Ωστόσο, η θετική επίδραση στην αναδιαμόρφωση είναι πιο ήπια στην άπω κοιλιακή αορτή. Η κατάσταση του ψευδούς αυλού και ο χρόνος παρουσίας, επηρεάζουν τη διάμετρο του αληθούς αυλού. Επομένως, συμπληρωματικές παρεμβάσεις στη άπω αορτή μπορεί να απαιτηθούν. Το “stent” του FET εξυπηρετεί ως μια ιδανική “landing zone” για συμπληρωματικό TEVAR στην εναπομείνασα περιφερικότερη αορτή στο επίπεδο του αλλήριου τρίποδα με πολύ καλή μετεγχειρητική έκβαση. Το επιμηκυμένο FET με επέκταση με TEVAR μπορεί να επάγει τη θρόμβωση του ψευδούς αυλού και επομένως να βελτιώσει την αναδιαμόρφωση της θωρακικής αορτής χωρίς αυξημένο κίνδυνο ισχαιμίας του νωτιαίου μυελού. Ωστόσο, δεν πρέπει να υποβαθμίζουμε την πολυπλοκότητα της τεχνικής και πρέπει πάντα να έχουμε κατά νου ότι ο ασθενής πρέπει να είναι ζωντανός μετεγχειρητικά. Μόνο αν ο ασθενής επιβιώσει τη βραχυπρόθεσμη περίοδο θα είναι σε θέση να λάβει το όφελος των μακροπρόθεσμων πλεονεκτημάτων του FET που άπτονται της καλύτερης αορτικής αναδιαμόρφωσης. Επομένως το FET είναι μια πλεονεκτική τεχνική που θα πρέπει να χρησιμοποιείται εκλεκτικά σε κέντρα υψηλού όγκου περιστατικών με πεπειραμένους χειρουργούς αορτής ώστε να επιτευχθούν τα ιδανικά αποτελέσματα με χαμηλά ποσοστά νοσηρότητας.